

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE. — N° 5.

DES FIBROMES DU CORPS THYROÏDE

THÈSE

PRÉSENTÉE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON
MÉDECINE

Et soutenue publiquement devant la Faculté de médecine et de pharmacie

Le 11 Novembre 1902

PAR

Vassile OURMANOFF

Né à Tétéven (Bulgarie), le 1^{er} janvier 1876



LYON
IMPRIMERIE SCHNEIDER
Anc^t SCHNEIDER FRÈRES
Quai de l'Hôpital, 9

1902

DES FIBROMES

DU CORPS THYROÏDE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE. — N° 5.

DES FIBROMES DU CORPS THYROÏDE

THÈSE

PRÉSENTÉE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON
MÉDECINE

Et soutenue publiquement devant la Faculté de médecine et de pharmacie

Le 11 Novembre 1902

PAR

Vassile OURMANOFF

Né à Tétéven (Bulgarie), le 1^{er} janvier 1876



LYON
IMPRIMERIE SCHNEIDER
Anc^t SCHNEIDER FRÈRES
Quai de l'Hôpital, 9

1902



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET	DOYEN.
LACASSAGNE	ASSESEUR.
CROLAS.	QUESTEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	{	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.		BARD.
Clinique ophtalmologique		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		JABOULAY.
Clinique des maladies mentales.		FOCHIER.
Clinique des maladies des enfants.		GAYET.
Physique médicale		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie		WEILL.
Matière médicale et Botanique		MONOYER.
Parasitologie.		HUGOUNENQ.
Anatomie		CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie.		FLORENCE.
Physiologie		LORTET.
Pathologie interne.		TESTUT.
Pathologie externe		RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.		MORAT.
Anatomie pathologique		TEISSIER.
Médecine opératoire.		AUGAGNEUR.
Médecine expérimentale et comparée.		MAYET.
Médecine légale		TRIPPIER.
Hygiène.		POLLOSSON (M.).
Thérapeutique		ARLOING.
Pharmacologie		LACASSAGNE.
		COURMONT (J.).
		SOULIER.
		CROLAS.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies des femmes.	MM. POLLOSSON (A.), agrégé.
Maladies des voies urinaires	CHANDELUX, —
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS, —
Propédeutique médicale	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale.	ROLLET, —
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN, —
Anatomie pathologique	DEVIC, —
Physiologie	DOYON, —
Accouchements.	FABRE, —
Botanique.	BEAUVISAGE, —

AGRÉGÉS

MM. ROUX.	MM. SIRAUD.	MM. BÉRARD.	MM. VILLARD.
COLLET.	DURAND.	SAMBUC.	TIXIER.
BOYER.	PIC.	BORDIER.	FABRE.
BARRAL.	PAVIOT.	COURMONT (P.).	REGAUD.
MOREAU.	NOVÉ-JOSSERAND.	CHATIN.	CAUSSE, ch...
VALLAS.			

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. PONCET, *Président* ; ROLLET, *Assesseur* ;
MM. SIRAUD et BÉRARD, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

RECONNAISSANT HOMMAGE A LEUR DÉVOUEMENT

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
M. le Professeur PONCET

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Membre correspondant de l'Académie de Médecine

A MES MAÎTRES

INTRODUCTION

C'est dans la clinique chirurgicale de M. le professeur Poncet qu'il nous a été donné d'observer un cas remarquable de fibrome du corps thyroïde opéré avec succès par M. le docteur Xavier Delore.

Notre éminent maître, M. le professeur Poncet, nous ayant fait l'honneur de nous confier l'étude de cette affection si rare, et d'accepter la présidence de notre thèse, nous le prions ici de bien vouloir agréer nos sentiments de profonde reconnaissance.

Que M. le docteur Delore, à l'obligeance duquel nous devons l'observation la plus importante de cette thèse, observation sur laquelle repose ce modeste travail, veuille bien recevoir aussi l'expression de notre vive gratitude.

Nous tenons, en même temps, à associer à ce respectueux hommage MM. les Professeurs agrégés Rollet, Siraud et Bérard, et tous nos maîtres de la Faculté de Lyon et des hôpitaux, dont nous nous sommes efforcés de mettre à profit les savantes leçons.

De l'Association générale des étudiants de Lyon enfin, nous emporterons le meilleur des souvenirs pour la

chaude hospitalité avec laquelle elle sait accueillir l'étudiant étranger, qui toujours a trouvé dans son sein la distraction après les heures arides de l'étude, et pour les témoignages de sa sympathie si précieuse pour ceux qui sont loin de leur famille et de leur patrie.

Nous diviserons notre travail de la façon suivante :

A. -- INTRODUCTION.

B. -- CHAPITRE I. -- ETIOLOGIE ET SYMPTÔMES.

CHAPITRE II. -- DIAGNOSTIC.

CHAPITRE III. -- ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

CHAPITRE IV. -- TRAITEMENT.

CHAPITRE V. -- PRONOSTIC.

C. -- OBSERVATIONS.

D. -- CONCLUSIONS.

E. -- BIBLIOGRAPHIE.

CHAPITRE PREMIER

ÉTIOLOGIE — SYMPTOMES

De l'étiologie du fibrome thyroïdien, nous savons fort peu de chose, sinon rien. Nos observations ont trait à des malades de tout âge et de tout sexe; aucun n'était en état de misère sociale, ni physiologique, et leur état général à tous était excellent. Quelques-uns, il est vrai, présentaient, comme tare héréditaire, la présence du goitre chez leurs parents. Faudrait-il alors invoquer ici une infection, infection qui trouverait un terrain préparé? Rien n'autorise jusqu'à présent une semblable hypothèse; d'ailleurs, nous pouvons d'autant moins nous prononcer, que, nous l'avons vu plus haut, beaucoup de nos observations sont sujettes à caution; et, dans l'observation de M. X. Delore, la seule complète et authentique, nous ne trouvons aucun antécédent, ni héréditaire, ni personnel.

Laissant donc de côté cette question si obscure encore, nous aborderons immédiatement l'étude des symptômes.

A l'examen du malade, l'attention est attirée d'abord par une déformation de la région antérieure du cou; le volume de cette masse est extrêmement variable: parfois réduit, il atteint d'autres fois des proportions très considérables. La palpation en est parfaitement indolore.

Un caractère plus important est fourni par sa consistance dure, ligneuse, à tel point qu'on a pu croire à l'existence d'un goitre osseux.

D'autre part, la tumeur adhère à la trachée : elle accompagne, en effet, les mouvements d'ascension et de descente de ce dernier organe.

La peau, enfin, est complètement saine : aucune ulcération, quelle que soit la période de l'affection.

Au point de vue fonctionnel, nous pouvons distinguer trois variétés cliniques.

Dans une première variété, l'attention est éveillée par l'apparition de l'aphonie, celle-ci étant due à la compression des récurrents par la tumeur, sans autre phénomène douloureux. On découvre alors une très légère tuméfaction thyroïdienne, unilatérale, extrêmement dure et adhérente aux plans profonds en même temps qu'indépendante de la peau. De plus, du côté malade, il y a refoulement de la carotide : celle-ci paraît battre sous la peau. L'état général se maintient excellent, sans la moindre trace d'adénopathie, ni de lésion viscérale.

Dans d'autres cas, la voix reste normale ; ou bien elle devient progressivement rauque ; ou bien encore le malade est pris de quintes de toux extrêmement violentes. Mais ce qui domine alors la scène, c'est la gêne respiratoire. Celle-ci qui débute par une dyspnée légère, peut aller jusqu'à de véritables accès de suffocation : le malade ne peut alors garder la position couchée, et en est réduit à rester constamment assis. C'est là le résultat, nous n'avons pas besoin de le dire, de la compression de la trachée. Du reste, les symptômes soit locaux, soit généraux, sont identiques à ceux du cas précédent.

Dans une dernière variété enfin, aux troubles respiratoires viennent s'ajouter, soit des troubles de la déglutition, soit des palpitations de cœur, mais celles-ci non accompagnées de tachycardie, ni d'exophtalmie, ni de tremblements. Les autres symptômes sont les mêmes que précédemment : l'aphonie, toutefois, peut ne pas apparaître.

En résumé, tuméfaction indolore, très dure, déterminant par compression des troubles, soit respiratoires, soit dysphagiques, soit cardiaques, avec persistance d'un excellent état général, tel est dans ses grandes lignes le tableau symptomatologique du fibrome de la thyroïde.

CHAPITRE II

DIAGNOSTIC

Le diagnostic doit être fait avec les diverses maladies infectieuses de la thyroïde, avec le goitre ensuite, enfin et surtout avec les tumeurs malignes.

Parmi les maladies infectieuses, en première ligne, se placent les thyroïdites : mais le tableau symptomatique et l'allure des thyroïdites aiguës sont tellement caractéristiques qu'aucune erreur n'est à redouter.

Quant aux thyroïdites chroniques décrites par Riedel, elles offrent une ressemblance frappante avec le fibrome : mais étaient-ce de véritables fibromes ? Rien ne permet de l'affirmer. Dans beaucoup de cas, l'examen histologique n'a pas été fait d'une façon minutieuse ; dans d'autres, il n'y a pas eu d'autopsie, ou bien Riedel base ses conclusions, après élimination des autres affections, sur l'absence de récurrence.

Le phlegmon ligneux du cou, décrit par M. Reclus, n'ayant en aucune façon le même siège anatomique que la tumeur qui nous occupe, ne saurait prêter à confusion.

Il en est de même pour la tuberculose. De tuberculose primitive, on ne connaît pas, jusqu'à présent, de cas bien certain. Quant à la tuberculose secondaire, elle sera facilement dépistée. D'abord, elle n'a pas ce caractère d'en-

envahissement propre au fibrome ; elle n'en a pas non plus la consistance si dure. Enfin, l'apparition d'une collection purulente et, au besoin, la ponction exploratrice lèveront tous les doutes, si toutefois il pouvait en subsister encore.

L'actinomycose, elle, évolue plus rapidement : le pus cherche bientôt à se faire jour, et la présence des grains jaunes est pathognomonique.

Nous passerons sur le kyste hydatique, véritable curiosité pathologique, caractérisé, lui aussi, par le manque d'envahissement, par la présence, à côté de parties solides, de parties liquides, et enfin, dans le cas de suppuration, par des phénomènes inflammatoires d'une extrême intensité.

Nous n'insisterons pas davantage sur la syphilis. On a pu se trouver, il est vrai, en présence de gommes dues à une syphilis acquise ou héréditaire, comme en fait foi l'observation de M. Berger.

« Il s'agissait d'un homme, âgé de 51 ans, qui portait sur le côté droit du cou une tumeur profonde, en plaques, faisant corps avec la trachée et les organes voisins, accompagnant le larynx dans ses mouvements d'ascension et de descente, absolument indolore. On pensa à un néoplasme malin du lobe droit de la thyroïde, vu la présence de deux ou trois ganglions. Mais l'état général restait bon, et il n'y avait ni dyspnée, ni dysphagie. Le diagnostic de cancer n'étant donc pas certain, on pensa à un accident tertiaire possible. M. Berger, ayant prescrit l'iodure de potassium, vit la tumeur diminuer de volume et les ganglions disparaître, de sorte qu'il n'y eut pas lieu à intervention chirurgicale. » Nous retiendrons par conséquent de cette observation, qu'au cas où on pensera avoir affaire à une

gomme, l'administration du traitement spécifique suffira à établir le diagnostic.

Maintenant, après avoir rappelé en passant qu'aucune confusion n'est possible avec la sclérose sénile, caractérisée par une lésion limitée à la glande par l'atrophie au lieu de l'hypertrophie, nous étudierons le diagnostic différentiel avec le goitre. Ici encore, il ne saurait guère y avoir d'erreur.

En effet, la marche du goitre ordinaire est essentiellement lente; son aspect est tellement spécial, et, d'autre part, le goitre exophtalmique présente des symptômes tellement particuliers, palpitations, tremblements, etc., lesquels font totalement défaut dans le fibrome, qu'il n'y a pas lieu d'insister.

Cependant, on a vu des goitres constitués exclusivement de tissu fibreux. Mais Rokitansky et Wölfler n'ont pas cru que cette lésion fut primitive. D'après eux, le goitre bénin présente parfois la dégénérescence fibreuse, à la suite d'hémorragie interstitielle. Les coupes de Wölfler sont, à cet égard, très démonstratives. Cette théorie a d'ailleurs été confirmée par les récents travaux de M. Cornil sur les hématomes; il résulte, en effet, de ces recherches que, si le caillot sanguin est incapable d'organisation, par contre, il met en sève les éléments conjonctifs à son contact, leur servant de réserve nutritive par ses éléments cellulaires, et de travées directrices par sa fibrine. Cette dégénérescence fibreuse d'origine hémorragique de nature tout autre, on le voit, que celle du fibrome, se différenciera facilement de ce dernier par ce caractère essentiel, que jamais elle ne dépasse les limites de la tumeur primitive.

Nous arrivons enfin au diagnostic le plus important et, malheureusement aussi, le plus difficile : nous voulons parler des tumeurs malignes de la thyroïde. C'est avec ces dernières, en effet, soit cancer, soit sarcome, que le plus souvent on a confondu le fibrome, nous l'avons vu plus haut à propos des observations que nous avons relatées. Aussi, nous croyons devoir rappeler ici brièvement quels sont les symptômes particuliers du cancer, et, pour cela, nous ne saurions mieux faire que de nous reporter à la communication de M. le professeur Poncet, au Congrès de chirurgie de Paris, en 1899. Les néoplasmes, disait-il, en substance — sarcomes ou épithélismas — sont caractérisés par l'apparition de douleurs effroyables, véritables névralgies de la tête et du cou, mettant littéralement le malade à la torture, et ne faisant que hâter l'affaiblissement du malade. D'autre part, la peau ne s'ulcère que très rarement et le myxœdème ne se montre pas, soit qu'il n'y ait pas de destruction physiologique, soit encore en raison de la rapidité de la marche. Le diagnostic tiendra un grand compte de l'âge du malade, de l'accroissement rapide de la tumeur et de la cachexie particulièrement prompte et grave. Les antécédents pourront nous guider aussi : le cancer semble se développer de préférence sur un goitre préexistant, et cela dans une proportion d'environ trois fois sur quatre. Il reste enfin à noter l'envahissement des ganglions et la généralisation à distance, par noyaux métastatiques, au poumon, à la plèvre, au foie, au rein.

De tous ces symptômes, un seul est commun au fibrome, c'est la présence d'une tumeur. Or le goitre malin, on le sait, traverse deux périodes. D'abord, et pendant peu de

temps; le néoplasme ne dépasse pas les limites de la capsule conjonctive lâche qui entoure la glande thyroïde; plus tard, et avec une extrême rapidité, il devient extra-capsulaire. Nous n'avons pas à nous occuper ici du diagnostic à la première période. Ce qui nous intéresse spécialement, c'est la seconde phase de l'affection : à ce moment, une fois franchie la faible barrière opposée au néoplasme par la capsule conjonctive, celui-ci a tôt fait d'envahir la gaine des gros vaisseaux. Et c'est précisément là le caractère qui lui est commun avec le fibrome; dans les deux cas, nous sommes en présence des mêmes phénomènes de compression, déjà étudiés précédemment. Mais ce qui nous servira alors à différencier les deux tumeurs, ce sera d'abord, dans le fibrome, l'absence complète de ces terribles douleurs caractéristiques du cancer; ce sera ensuite l'absence des ganglions; ce sera enfin la discordance si complète entre ce rapide envahissement des tissus néoplasiques et la persistance, malgré tout, d'un état général parfait.

En résumé, le diagnostic du fibrome thyroïdien devra être fait surtout avec les tumeurs malignes. Le chirurgien se souviendra qu'il est souvent d'une extrême difficulté, et qu'il doit avoir recours à toutes les ressources de sa sagacité, s'il tient à s'éviter de funestes erreurs et de cruels mécomptes.

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET PATHOGÉNIE

A. — **Macroscopiquement.** — La forme de la tumeur est irrégulière. Son volume est variable, parfois très considérable. Sa consistance est uniforme, d'une dureté ligneuse. Riedel la compare à celle du fer. La surface extérieure est blanchâtre et lisse, nettement encapsulée. A la coupe, cette masse est constituée tout entière par un tissu blanc, rosé, dur, criant sous le scalpel et rappelle l'aspect des tumeurs fibreuses de l'utérus. Le tissu est homogène et ne présente aucune géode, aucune cavité, peu de vaisseaux. Aucun vestige de tissu thyroïdien, bien qu'on voie, très nettement, les vaisseaux thyroïdiens inférieurs droits se perdre dans la tumeur.

B. — **Microscopiquement.** — Histologiquement, M. le docteur Louis Dor, chef du laboratoire de la clinique chirurgicale de M. le professeur Poncet, retrouve la structure du fibrome pur à évolution rapide. On voit, au microscope, des cellules fusiformes relativement jeunes et disposées en fascicules tourbillonnants. Aucune trace de cellules épithéliales et de tissu thyroïdien normal ou pathologique.

C. — **Lésions de voisinage.** — Les lésions de voisinage consistent dans le refoulement des organes

et leur compression : larynx et vaisseaux carotidiens sont refoulés en dehors de la tumeur, et la carotide paraît battre sous la peau. La peau de la région thyroïdienne est saine. Dans quelques cas on a trouvé des adhérences, mais sans importance et sans modification des tissus environnants. On ne constate aucun engorgement des ganglions.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT

Le traitement est curatif et uniquement chirurgical. Il consiste en l'extirpation de la glande.

Cette extirpation, au lieu d'être partielle, comme l'avaient pratiquée certains chirurgiens, devra être totale. Rien, en effet, ne s'oppose à l'ablation complète, en vertu de cet encapsulement si net du fibrome, sur lequel nous avons insisté.

D'autre part, l'ablation en masse peut être rendue impossible par le volume parfois énorme de la tumeur. Dans ce cas, il est aisé de tourner la difficulté : on aura recours à une extirpation par morcellement ; une fois l'incision faite, rien ne sera plus simple, après avoir fragmenté le néoplasme, que d'en extraire successivement les divers morceaux. On agira de même lorsqu'on se trouvera en présence de prolongements rétro-sternaux, pharyngiens ou rétro-œsophagiens, comme c'est le cas dans l'observation de M. le docteur X. Delore

Enfin, s'il existe des adhérences, elles ne constituent pas un obstacle sérieux, car, à défaut de décollement spontané, elles céderont à une dissection soigneuse, qui permettra de trouver facilement un plan de clivage.

Ajoutons, en terminant, que l'anesthésie devra être conduite avec la plus grande prudence, lorsqu'on sera en présence de ces fibromes si volumineux qui, par la compression, ont provoqué la dyspnée et des accès de suffocation.

L'hémorragie enfin n'est point à redouter, vu, d'une part, l'indépendance des vaisseaux thyroïdiens par rapport au néoplasme, et, d'autre part, la faible vascularisation de ce dernier.

CHAPITRE V

PRONOSTIC

Au point de vue du pronostic, il y a lieu de l'envisager avant et après l'opération.

Le danger, dans le cas de non intervention, réside dans les accès de dyspnée et de suffocation dus à la compression. Mais il n'y a pas lieu d'insister davantage, car, dans les observations connues de fibromes, il y a toujours eu, à défaut d'extirpation totale, au moins une extirpation partielle souvent accompagnée de trachéotomie, avant que les accidents ne fussent devenus par trop menaçants.

Reste le pronostic post-opératoire. Nous croyons pouvoir affirmer ici qu'il est des plus bénins. En effet, l'opération n'est nullement dangereuse : aucune hémorrhagie n'est à craindre, non plus que les accidents de l'anesthésie, si celle-ci est bien conduite. La suppuration, comme dans toute intervention chirurgicale, nous savons aujourd'hui nous en défendre. La cicatrisation suit donc son cours normal et le rétablissement est prompt.

Quant aux conséquences physiologiques éloignées de l'ablation, on a pu redouter un moment l'apparition du myxoédème : l'expérience nous a appris que ces craintes étaient vaines. L'extirpation en effet, pour complète qu'elle soit, respecte toujours les glandes thyroïdiennes accessoires, et celles-ci seront toujours à la hauteur de la tâche qui leur sera dévolue.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(X. Delore. — *Inédite.*)

Volumineux fibrome du corps thyroïdè. (Poids 620 gr.). — Ablation. — Guérison.

M... (Henriette), 64 ans, ménagère, demeurant à Maubec (Isère), entrée le 10 avril 1902 dans le service de M. le professeur Poncet.

Pas d'antécédents héréditaires dignes d'être rappelés. Elle-même n'aurait jamais eu de maladie sérieuse. Réglée à treize ans, elle eut sept enfants, dont un seul est mort d'un accident à l'âge de vingt-deux ans.

Cette femme n'avait pas remarqué à son cou la moindre grosseur avant le début de sa tumeur actuelle; elle habite un pays où les goitreux sont fort rares, presque inconnus.

L'affection actuelle aurait débuté il y a trois mois environ. Une petite tumeur, du volume d'une noix, développée à droite du cartilage thyroïdè, attire son attention à cette époque. Jusqu'au milieu de mars l'augmentation de volume fut progressive; mais, à partir de ce moment, la marche prend une allure rapide, et dans ces quinze derniers jours, le volume aurait, paraît-il, plus du double.

C'est à dater de cette époque qu'apparaissent les troubles fonctionnels. La voix, qui possédait un timbre normal devient enrouée. Cette femme éprouve, de plus, une gêne fort accentuée pour manger : les aliments solides, aussitôt déglutis, sont arrêtés par un obstacle œsophagien haut situé et doivent être rendus. Aussi, l'alimentation se compose-t-elle exclusivement de soupes, bouillons et liquides.

Depuis quinze jours, cette femme présente également des quintes de toux violentes, très pénibles, avec expectoration



FIG. 1. — Enorme fibrome du corps thyroïde.
(Henriette M..., âgée de 64 ans.)

épaisse, verdâtre et abondante. Enfin, dans ces huit derniers jours, elle n'a pu garder la position horizontale, même pendant quelques instants. Elle passe les nuits assise sur son lit, la situation couchée déterminant immédiatement des accès de suffocation.

On constate une volumineuse tumeur occupant la région cervicale depuis la fourchette sternale jusqu'à l'angle de la mâchoire. Arrondie un peu, mobile dans les mouvements de déglutition, elle a refoulé le larynx à gauche, en dehors même d'une ligne verticale qui passerait par l'angle gauche du maxillaire inférieur. Elle semble se prolonger bien au-dessous de la fourchette sternale et avoir contracté quelques adhérences avec les plans du voisinage, en particulier avec la peau. Cependant cette dernière constatation est sujette à caution à cause des pressions répétées de la tumeur par les nombreuses personnes qui l'ont examinée. On ne trouve pas de ganglions engorgés. Les vaisseaux carotidiens droits sont refoulés en dehors de la tumeur, et la carotide paraît battre sous la peau.

Parmi tous les symptômes fonctionnels signalés précédemment, voix, dyspnée, etc., nous insistons surtout sur la dysphagie qui prend ici une acuité vraiment spéciale.

Pas de tremblement, ni tachycardie ou exophtalmie.

Rien dans les urines.

Le diagnostic fut : sarcome thyroïdien à marche rapide.

L'intervention, tout d'abord exploratrice, avait pour but l'extirpation de la tumeur, si les adhérences le permettaient. Sinon, la trachéotomie devait être pratiquée, séance tenante, pour mettre un terme aux accès de suffocation.

Le 12 avril 1902, après éthérisation poussée aussi loin que le permettait l'asphyxie, M. Delore pratique une longue incision oblique, le long du bord antérieur du sterno-mastoïdien droit ; l'extrémité inférieure se recourbe le long de la fourchette sternale avec une convexité inférieure et remonte à quelques centimètres le long du sterno-mastoïdien gauche. Le soulèvement du lambeau, comprenant les plans superficiels et les muscles sous-hyoïdiens sectionnés transversalement, expose largement le corps thyroïde. Ligature immédiate de quatre grosses veines.

La face antérieure du corps thyroïde est œdémateuse, adhérente. Incision du corps thyroïde au point culminant de la tumeur, qui est nettement intra-thyroïdienne. Nous trouvons un plan de clivage, après avoir incisé une épaisseur de tissu thyroïdien, équivalente à un centimètre environ. La décortication est rapidement poussée, en haut, en bas, en dedans et au dehors, au moyen du doigt. Mais, malgré des tractions vigoureuses de la tumeur qui, très résistante, supporte bien la prise des pinces de Museaux, il est impossible de luxer le tout au dehors ; car la trachée, coudée à chaque traction, donne des accès de suffocation avec cyanose, et, de plus, le volume est tel que l'incision, étendue du sternum à l'angle de la mâchoire, peut à peine lui livrer passage. Nous sectionnons alors la tumeur en deux portions, au moyen de forts coups de ciseaux. Grâce à cette simple manœuvre de morcellement, nous pouvons décoller la face postérieure et la face externe, sous l'œil. En bas, en dehors et en arrière, nous sectionnons, de parti pris, les vaisseaux thyroïdiens inférieurs. Ils présentent là une disposition assez curieuse. La tumeur les a allongés peu à peu ; mais ceux-ci, tout en s'enroulant sur sa face profonde, ont creusé sur elle un sillon profond d'un centimètre et demi au moins, si bien, qu'à première vue, les vaisseaux thyroïdiens paraissent complètement englobés dans la masse néoplasique. Ligature des vaisseaux qui occupent, en avant de la colonne, leur siège normal. Pas de ligature du récurrent.

En dedans, la trachée paraît adhérente à la tumeur sur une étendue d'une pièce de cinq francs. Cette adhérence paraît purement inflammatoire.

Aussitôt après la dénudation de la trachée apparaît l'œsophage, refoulé en avant par un gros prolongement rétro-œsophagien. Il se décolle aisément.

Toute l'opération a duré 10 à 15 minutes au maximum ; cette petite durée montre la facilité de décollement de cette volumineuse tumeur.

La loge, qui résulte de cette ablation, remonte dans l'espace maxillo-pharyngien et descend au sternum. Les vaisseaux carotidiens sont en dehors. En avant, la cavité est limitée partiellement



FIG. 2. — Henriette M., un mois après l'ablation
de son fibrome thyroïdien.

par du tissu thyroïdien, en arrière, par la face antérieure des 4°, 5°, 6°, 7°, 8° cervicales.

Le néoplasme possédait trois prolongements principaux : l'un rétro-œsophagien, l'autre rétro-sternal et le troisième pharyngien. A sa face postérieure existait une gouttière verticale représentant le moule des corps vertébraux ; en bas, s'était imprimée la face postérieure de la fourchette et de la clavicule au devant de cette tumeur.

Quelques points de suture musculaires et cutanés pour rétrécir cette vaste brèche. Pansement avec des mèches de gaze salolée.

Les suites opératoires furent très simples. Pas de dysphagie, ni bronchite, ni lésion du récurrent, etc. ; en somme, sans aucune complication, cette femme quittait l'Hôtel-Dieu, guérie, le 12 mai 1902.

La tumeur, de forme irrégulière, convexe en avant, concave en arrière où l'on constate une gouttière formée par les corps vertébraux, pèse 620 grammes. Sa densité = 1,332. Son volume est comparable à celui d'une tête de fœtus à terme. Sa consistance est uniforme, d'une dureté ligneuse. La surface extérieure blanchâtre est lisse, nettement encapsulée, sauf au point déjà mentionné de l'adhérence à la trachée.

A la coupe, cette masse est constituée tout entière par un tissu blanc, rosé, dur, criant sous le scalpel, et rappelant l'aspect des tumeurs fibreuses de l'utérus. Le tissu est homogène et ne présente aucune géode, aucune cavité, peu de vaisseaux, ce qui nous explique l'absence d'hémorragie sérieuse pendant l'opération. Aucun vestige de tissu thyroïdien, bien qu'on voie, très nettement, les vaisseaux thyroïdiens inférieurs droits se perdre dans la tumeur.

Histologiquement, M. Louis Dor a retrouvé la structure du fibrome pur à évolution rapide. On voit, au microscope, des cellules fusiformes relativement jeunes et disposées en fascicules tourbillonnants. Aucune trace de cellules épithéliales et de tissu thyroïdien normal ou pathologique.

En somme, il s'agit d'un fibrome du corps thyroïde nettement encapsulé ; c'est une variété exceptionnelle de tumeur thyroï-

dienne que M. le professeur Poncet n'a jamais rencontrée cliniquement ; elle apparaissait analogue à certains sarcomes malins de cette glande ; mais, malgré cette ressemblance clinique, les différences entre les sarcomes et ce fibrome nous paraissent d'une netteté parfaite, tant aux points de vue opératoire et histologique qu'à celui des suites éloignées.

OBSERVATION II

(Wölfler)

S'il est extrêmement rare, dans un adénome de la glande thyroïde, de ne pas trouver de temps à autre une hypertrophie du tissu conjonctif périacineux et périalvéolaire, et, dans d'autres cas, une dégénérescence fibreuse diffuse des lobes, il n'est pas moins rare de voir se développer un tissu fibreux, constituant un véritable fibrome.

Dans le corps thyroïde — très peu hypertrophié, — d'un homme âgé de cinquante-six ans, j'ai trouvé plusieurs nodules brillants, assez durs, nettement circonscrits, de coloration blanc jaunâtre, de la grosseur d'une noisette, voire même d'une noix, qui étaient composés de véritable tissu fibreux. La structure de ces nodules était tellement typique, elle rappelait si bien les fibromes que l'on trouve dans les autres organes, que toute description plus détaillée me paraît superflue.

Au premier abord, ces nodules fibreux se différenciaient de la dégénérescence fibreuse non seulement par l'entrelacement caractéristique des fibres conjonctives, mais encore par une plus grande richesse en noyaux. En certains endroits, il en existait une telle quantité, que la plupart de ces nodules eussent mérité plutôt d'être considérés comme fibro-sarcomes. Le système vasculaire dans ces nodules que j'ai injectés artificiellement était relativement pauvre et ne présentait nulle part de grands espaces caverneux. Il est enfin à remarquer d'une manière toute particulière, qu'en aucun point on ne pouvait constater la présence de tissu glandulaire.

OBSERVATION III

(Par M. A. Ricard, professeur agrégé, chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis.)

A la fin de février 1901, je voyais M. P..., homme grand, solide, vigoureusement constitué et d'une bonne santé habituelle. Son médecin me l'adressait pour une tumeur du corps thyroïde qu'il appelait *goître osseux*, tellement la tumeur était dure au palper.

La tuméfaction occupait toute la partie gauche du cou. Elle avait la forme normale d'un lobe thyroïdien augmenté de volume. Sa base arrondie descendait derrière la clavicule et son sommet, plus effilé, se prolongeait comme une véritable corne, parallèlement aux vaisseaux carotidiens. Sur la ligne médiane, la tumeur s'arrêtait brusquement, avec une netteté remarquable. Il eût été facile avec une épingle de limiter exactement le point où cessait la tuméfaction indurée et où commençait la glande saine

La consistance était uniformément dure et régulière ; c'était un véritable bloc, dont toutefois la corne carotidienne et la limite médiane paraissaient plus dures encore et donnaient, à s'y méprendre, la sensation d'une tumeur osseuse.

La tumeur suivait la trachée pendant les mouvements de déglutition. Elle paraissait indépendante du sterno-mastoidien. Elle se détachait aisément du plan osseux profond.

Le larynx et la trachée étaient repoussés, à droite, de deux à trois centimètres environ.

Le malade n'accusait aucune douleur. Mais les troubles de sa voix, persistant depuis plus de deux mois, permettaient d'affirmer l'existence d'une paralysie des cordes vocales, par suite de la compression ou de la destruction du nerf récurrent gauche.

La respiration était devenue progressivement pénible. La marche rapide, la montée des escaliers devenaient pénibles, sinon impossibles. Dans les quinze jours qui avaient précédé la visite du malade, il y avait eu deux accès de suffocation qui avaient inquiété son entourage.

La déglutition était même devenue gênée, et le malade était obligé de soigner la mastication de ses aliments et de diminuer le volume du bol alimentaire.

Me basant sur la dureté noueuse de la masse, sur son développement progressif, sur les phénomènes de compression trachéale, ainsi que sur la lésion du récurrent, — ces deux dernières lésions étant d'autant plus dignes d'attention que le volume de la masse ne dépassait guère le volume du poing, et qu'il devait s'agir d'un envahissement des tissus plutôt que d'une compression, — je portai le diagnostic de cancer thyroïdien et, étant donnés les troubles respiratoires et dysphagiques, je conseillai l'intervention chirurgicale, qui fut acceptée, non sans que la famille fût avertie de la gravité de l'acte opératoire.

L'opération eut lieu le 6 mars, chez les frères Saint-Jean-de-Dieu, avec l'assistance du docteur Guelpa et de deux de mes internes, MM. Siskora et Tesson. Le malade fut facilement endormi au chloroforme. Une incision courbe fut menée du milieu du bord postérieur du sterno-mastoïdien gauche, le long de la clavicule, pour traverser horizontalement la ligne médiane au niveau de la fourchette sternale jusque sur la clavicule du côté opposé. Le lambeau cutané fut disséqué, le sterno-mastoïdien largement mis à nu fut sectionné transversalement et ses chefs repérés avec des pinces hémostatiques, découvrant largement le champ opératoire.

Le muscle omo-hyoïdien étalé à la surface de la tumeur y adhérait par places. Mais cet envahissement était plus manifeste du côté des muscles sous-hyoïdiens, absolument confondus avec la masse morbide.

Il était évident, dès lors, que nous nous trouvions en présence d'une tumeur « non encapsulée », ainsi que nous l'avions bien prévu, que cette tumeur qui avait englobé les muscles, devait avoir envahi la trachée comme le récurrent et que ses rapports avec le paquet vasculo-nerveux du cou ne devaient pas être de simples rapports de contact.

Dès lors le problème opératoire se précisait. Pouvait-on dégager la tumeur du paquet vasculo-nerveux et en tenter l'extirpation, ou, au contraire, l'impossibilité d'aborder les vaisseaux

devait-elle nous indiquer l'opération purement palliative de la trachéotomie ?

Je me mis en devoir de chercher les vaisseaux lentement à petits coups de bistouri. Les deux cas que j'avais vus précédemment et analogues à celui-ci me faisaient craindre que la jugulaire ne fût envahie, mais me faisaient espérer que la carotide serait respectée et énucléable de sa gangue néoplasique.

A la partie supérieure, près de la base du cou, je pus reconnaître la jugulaire encore distendue ; à la partie inférieure, un cordon aplati sortant de la tumeur et contenant un peu de sang veineux me parut être, avec raison, ce qui restait de la jugulaire interne. Des pinces ayant été placées sur les deux extrémités découvertes du vaisseau, j'en fis la section et me mis en devoir de rechercher dans la tumeur l'entrée et la sortie de la carotide. La tumeur avait la consistance du tissu fibreux, elle était blanche, homogène, criait fortement sous le bistouri. A l'aide d'une dissection prudente, et par morcellement successif, je pus découvrir en haut que l'émergence du tronc artériel se faisait, hors la tumeur, juste au niveau de la bifurcation de la carotide primitive.

Restait à trouver le bout inférieur de la carotide, savoir s'il était accessible, pour y porter une pince et une ligature au cas où, pendant le temps de dégagement de la carotide, ce vaisseau viendrait à être blessé. Il était évident que la découverte de ce vaisseau, en scalpant le tissu induré de la tumeur, était périlleuse et qu'une large plaie pouvait être faite aux parois de l'artère, si celles-ci étaient adhérentes et confondues avec le tissu morbide. Il fallait donc, de toute nécessité, trouver l'origine de la carotide primitive. Cette découverte fut des plus délicates, car la tumeur descendait derrière la clavicule, plus bas que nous ne l'avions primitivement pensé. Nous eûmes besoin de faire abaisser fortement le bras pendant qu'un aide érignait en haut la tumeur. Je pus enfin apercevoir le tronc carotidien et le dégager.

Dès lors, la conduite devenait simple. J'essayai de libérer la carotide dès son entrée dans la tumeur et de la suivre par la dissection ; très rapidement, je m'aperçus que les parois artérielles devenaient de plus en plus adhérentes et qu'elles se fusionnaient

avec le tissu pathologique. Dès lors, je n'hésitai plus, et ayant placé une pince sur la carotide primitive, au-dessus du néoplasme, une autre pince immédiatement au-dessous de la bifurcation des carotide interne et carotide externe, je sectionnai le vaisseau et libérai ainsi la tumeur.

Restait le nerf pneumogastrique, je pus le trouver émergeant en bas de la tumeur, mais se confondant bientôt avec elle. Je procédai alors comme pour la carotide. Je le recherchai en haut, au niveau de son entrée; une pince fut mise sur lui pour le tendre et faciliter sa section, mais aussitôt le malade fut pris d'accidents respiratoires graves, trois ou quatre inspirations profondes et saccadées; puis, après une dernière et brève inspiration, l'opéré cessa de respirer. La pince fut immédiatement enlevée et, après quelques mouvements de respiration artificielle et la traction de la langue, la respiration se rétablit. Je sectionnai alors le nerf rapidement au bistouri. Cette section ne s'accompagna d'aucune réaction respiratoire. A la fin de l'opération, une des artères naissant de l'origine de la carotide externe ayant été sectionnée, la pince fut placée sur son orifice, saisit encore le bout central du pneumogastrique sectionné, et les mêmes accidents dyspnéiques se reproduisirent.

La tumeur était alors libérée en haut, en bas et en arrière. La partie antérieure avait été séparée de la portion saine de l'isthme thyroïdien; la tumeur ne tenait plus qu'à la partie interne du côté de la trachée et de l'œsophage. L'adhérence était intime, car il me fallut sculpter un à un les anneaux de la trachée, craignant à chaque instant de perforer les espaces intercartilagineux. La dissection de l'œsophage fut particulièrement laborieuse. Les fibres musculaires étaient envahies par la tumeur en maints endroits. La muqueuse œsophagienne fut mise à nu, mais non perforée. Malgré toute mon attention, je ne pus voir le nerf récurrent. J'ai dit qu'un des premiers symptômes qui avait inquiété le malade avait été des troubles de phonation dus à une paralysie des cordes vocales. La dissection ultérieure de la tumeur ne permit pas non plus de retrouver trace de ce nerf, évidemment détruit par le processus morbide.

Les muscles furent rapprochés par des surjets de catgut. Un drain fut placé à cause de l'exsudation sanguine et de l'impossibilité d'accoler parfaitement le plan cutané aux plans profonds et, sauf au niveau des drains, un surjet continu au catgut ferma complètement l'incision cutanée.

Les suites opératoires furent des plus simples et absolument apyrétiques, ainsi qu'en témoigne le tracé thermométrique. Le sixième jour, je défis le large pansement qui protégeait la plaie. La partie externe de la région opératoire était bombée et légèrement tendue. Je décollais alors, dans l'étendue d'un centimètre environ, les bords de la suture, pensant à une collection sanguine. Mais j'eus la surprise de voir s'écouler un liquide blanchâtre ayant l'aspect de lait très étendu d'eau. Je pensai qu'au cours de cette opération longue et accidentée, j'avais pu commettre quelque faute contre l'asepsie et je plaçai un petit drain debout. Les jours suivants, rien de notable, si ce n'est que ce drain médian donnait un suintement séro-sanguinolent abondant, au point que je craignis une éraillure de l'œsophage, laissant passer la salive ou les liquides déglutis. Sauf cet écoulement persistant, tout se passait régulièrement. Cependant, le malade perdait ses forces et maigrissait à vue d'œil. L'écoulement continua à augmenter, traversant chaque jour le pansement et même inondant le lit du malade. Cet écoulement avait une odeur particulière, assez analogue à celle du sérum sanguin. Ce n'est que vers le quinzième jour que l'abondance de cet écoulement me fit penser qu'il s'agissait d'une blessure du canal thoracique. Je retirai alors le drain par lequel s'écoulait le liquide et j'appliquai sur son trajet et derrière la clavicule un pansement compressif énergique et méthodiquement placé, et j'eus le bonheur de voir immédiatement l'écoulement s'arrêter pour ne plus reparaitre. Depuis, le malade a repris sa vie habituelle, sa déglutition n'est pas troublée, ses forces sont complètement revenues. Il n'a aucun trouble ni respiratoire ni cardiaque. Seule persiste la paralysie des cordes vocales.

J'ai tenu à rapporter tout au long cette opération dans ses détails opératoires, parce que les faits publiés m'ont paru encore rares, et cependant c'est le troisième cas semblable que j'ai pu

observer, et ces trois cas sont exactement superposables. C'est donc une entité morbide bien définie que j'ai eu à combattre, et j'étais tellement convaincu de ce que j'allais rencontrer, que, d'avance, j'avais prévenu mes internes de l'aspect de la tumeur, de sa consistance uniformément dure, de son aspect blanc, homogène à la coupe, de sa densité qui la faisait crier sous le scalpel, que j'avais prévu la nécessité de réséquer la jugulaire et peut-être la carotide. Sur le premier malade que j'ai, en effet, opéré à l'Hôtel-Dieu, je fus amené à faire la suture latérale du tronc brachio-céphalique veineux, et c'est à ce titre que j'en ai publié l'observation.

Qu'est-ce donc que cette tumeur thyroïdienne ? Son aspect, sa marche envahissante, sa diffusion, tout me faisait présumer une tumeur maligne. Or, voici ce que nous donne l'examen histologique dû à M. Lecène, interne des hôpitaux, examen contrôlé et interprété par notre collègue, M. Brault, dont il n'est pas besoin de faire connaître la haute compétence en anatomie pathologique : « Tumeur constituée uniquement par du tissu fibreux : les fibres l'emportent de beaucoup sur les cellules — donc tissu fibreux adulte — sauf en certains points où l'on rencontre des nodules de tissu conjonctif jeune, presque embryonnaire. La carotide et le pneumogastrique sont intimement fusionnés avec la tumeur. En aucun point, il n'y a trace d'épithélium thyroïdien ou autre. Il ne s'agit donc pas d'un cancer proprement dit (carcinome très squirreux) — ni d'une sclérose thyroïdienne, sorte de cirrhose glandulaire — mais d'un fibrome adulte à évolution lente. »

OBSERVATION IV

(Tailhefer)

Homme de trente ans, boucher, né et domicilié dans un village où il y a quelques goitreux. Pas d'antécédents.

Il y a trois mois, il devint aphone et vit apparaître une tuméfaction thyroïdienne, non douloureuse, non gênante. Il consulta un laryngologiste qui porta le diagnostic de tumeur thyroïdienne

comprimant le récurrent gauche. Il envoya le malade à M. Jeannel. Nous constatâmes alors l'existence, chez ce malade, d'une tuméfaction mal délimitée, immobilisable, très dure, non douloureuse, non adhérente à la peau (celle-ci était normale). Le larynx était un peu dévié à droite. La tuméfaction mesurait six centimètres sur six centimètres. Il n'y avait pas d'adénopathie et l'état général était excellent. Le malade n'avait jamais suivi aucune sorte de traitement. M. Jeannel pensa qu'il s'agissait de cancer thyroïdien et tenta l'extirpation. Nous l'aidâmes dans cette opération, et nous vîmes une néoplasie qui partait du lobe gauche de la thyroïde, envahissait la gaine vasculaire gauche et l'accompagnait jusqu'à la base du crâne. Il était impossible de dépasser la limite supérieure de cette tumeur. Le dégagement des vaisseaux fut impraticable, et l'intervention se borna à l'excision d'une petite partie du néoplasme. Treize jours après, hémorragie par la carotide primitive. N'ayant d'autre instrument sous la main qu'un clamp, on saisit tout le paquet vasculo-nerveux; vingt-quatre heures après, aphonie et hémiplegie droite. La plaie suppure abondamment; douze jours après l'application du clamp, suppuration de l'œil gauche et, un mois et demi après, pneumonie droite. Le malade est aujourd'hui guéri. L'œil gauche est complètement détruit. L'hémiplegie a disparu et le malade a récupéré en partie la faculté du langage articulé.

L'examen histologique nous a démontré que la néoplasie était constituée par du tissu conjonctif normal en petite quantité, du tissu fibreux en abondance et quelques nids de cellules inflammatoires. Nous n'avons trouvé aucune vésicule thyroïdienne. Les vaisseaux étaient peu abondants et normaux.

OBSERVATION V

(Riedel)

Homme de quarante-deux ans, habitant une région de goitreux, Depuis un an et demi, avait remarqué une hypertrophie de sa glande thyroïde, accompagnée d'une gêne respiratoire assez con-

sidérable. Riedel, examinant cette tumeur, trouva qu'elle était bilobée, pas très grosse, extrêmement dure, immobilisable. Il porta le diagnostic de goitre malin, et fit l'opération le 30 novembre 1883.

Dès que l'opérateur se trouva en présence de la tumeur, il constata aussitôt qu'elle était extrêmement adhérente à la carotide et à la jugulaire interne. Il réséqua une portion de la tumeur ; mais, jugeant que le cas était inopérable, il n'enleva qu'une petite portion de celle-ci. Pas de réaction post-opératoire. Le malade sortit de l'hôpital avec sa plaie guérie, le 17 décembre 1883.

De temps en temps, il vint se faire examiner et, chaque fois, on constatait que son état était excellent. Plus de gêne respiratoire. Au bout d'un an et demi, il se déclara complètement guéri et apte au travail.

Nos préparations histologiques nous démontrèrent qu'il ne s'agissait pas d'un néoplasme, mais d'un processus inflammatoire (infiltration des cellules rondes de l'inflammation). Le carcinome, le sarcome, la syphilis, la tuberculose devaient être écartés. Le malade est mort de néphrite quinze mois après l'opération : il n'avait plus éprouvé aucune gêne respiratoire. Pas de récurrence sur place. Ces renseignements ont été donnés par le fils du malade. Riedel n'a pu faire l'autopsie.

OBSERVATION VI

(Riedel)

Femme de trente-trois ans, habitant une région où se trouvent beaucoup de goitreux. La mère de cette femme a un goitre qui ne la gêne en rien. Elle-même jouit d'une santé parfaite. Depuis quelque temps, elle a remarqué que son cou devenait plus gros, et depuis huit ou dix semaines le goitre augmente assez rapidement et devient dur. Elle peut vaquer aux occupations de sa maison, mais sa respiration est gênée, ainsi que sa déglutition. Elle éprouve des palpitations de cœur. Riedel constata que le

goitre était développé du côté gauche, avait le volume d'une pomme, il était très dur et ne paraissait pas adhérent à la trachée. Le larynx n'était pas dévié. Les cordes vocales étaient normales, ainsi que la voix. Légère bronchite dans les deux lobes pulmonaires inférieurs. Pouls 90. Opération le 8 janvier 1896. Adhérences très serrées avec les vaisseaux et le récurrent et la trachée. Impossibilité d'isoler la tumeur, qui était dure comme du fer. Pas de réaction post-opératoire. La malade n'a plus eu de gêne respiratoire. Elle est morte le 10 mai 1896, près de trois mois après l'opération. Riedel pense qu'elle a succombé à une embolie. L'autopsie n'a pas été faite. L'examen histologique a montré que la tumeur était constituée par des tissus fibreux, des cellules de l'inflammation. Il y avait en quelques points du tissu thyroïdien normal et des traces de ce tissu.

OBSERVATION VII

(Riedel)

Jeune fille de treize ans. Tumeur du lobe droit de la glande thyroïde, recouverte par une peau saine. Tumeur peu mobilisable, qui avait évolué d'abord lentement, et ensuite plus rapidement, et causant de la gêne respiratoire. La consistance spéciale de cette tumeur, qui était extrêmement dure, la distinguait des hypertrophies thyroïdiennes qui se produisent fréquemment même à Hambourg, chez les jeunes filles, au moment de leur puberté, et qui régressent spontanément sans aucune médication. Malgré la résection d'un gros morceau de la tumeur, il me fut impossible de procéder à son extirpation totale, car elle était inébranlable et s'enfonçait profondément derrière le sternum. Je devais donc, à mon grand regret, laisser une bonne partie de la soi-disant tumeur sarcomateuse. Réunion par une seconde intention. L'intervention date de plusieurs années, il n'y a pas eu de récurrence. Probablement il s'agit ici, non d'un sarcome, mais d'une thyroïdite chronique.

OBSERVATION VIII

(Riedel)

Jeune homme entré à la clinique de Riedel pour une tuméfaction excessivement dure du corps thyroïde. On tenta l'extirpation, mais il y avait de telles adhérences aux muscles, que l'on dut renoncer à une ablation complète. L'examen histologique n'a pas donné de renseignements précis quant à la nature de la tumeur. L'état du malade ne fut pas amélioré, et quelques mois plus tard, on pratiqua la trachéotomie à cause d'une dyspnée considérable. A partir de ce moment la tuméfaction diminua de volume, et actuellement le malade respire librement sans canule. Le diagnostic de Riedel est : Strumite chronique fibreuse.

OBSERVATION IX

(Riedel)

Homme de vingt-neuf ans. Diagnostic clinique : fibrosarcome. L'extirpation en juillet 1896. En fin septembre 1896, le malade n'avait pas de récurrence. Riedel conclut que dans ce cas il s'agissait probablement de thyroïdite chronique.

OBSERVATION X

(Riedel)

Homme de quarante ans. Diagnostic clinique : sarcome. Extirpation en 1894. Le malade va bien aujourd'hui. C'était une thyroïdite chronique, d'après Riedel.

OBSERVATION XI

(Riedel)

« Je crois avoir encore opéré une thyroïdite chronique chez un enfant de quatre ans. »

OBSERVATION XII

A..., 35 ans, couturière, entrée le 18 novembre 1899,
salle Richard-Wallace, hôpital Tenon.

Antécédents héréditaires : Père mort d'anasarque à 54 ans. Mère morte d'influenza.

Antécédents fraternels : Fille unique, un frère mort en venant au monde.

Antécédents personnels : N'a jamais été malade étant petite; réglée à 13 ans, régulièrement depuis. A 20 ans, a été soignée pour anémie et douleurs articulaires. Mariée à 21 ans une première fois, a eu deux enfants : le premier à l'âge de 22 ans, le deuxième à 25 ans; tous deux sont morts de méningite. Le mari est mort tuberculeux. Remariée à 26 ans, a un mari bien portant, trois enfants en bonne santé. Pas de fausse couche.

Appareil digestif : Bon appétit, digère bien, pas de douleurs de ventre, parfois un peu de constipation.

Appareil pulmonaire : Ne tousse pas, ne crache pas. Rien à l'auscultation.

Système circulatoire : Pouls régulier, normal; cœur en bon état.

Système nerveux : Pas de stigmates d'hystérie, réflexes normaux.

Appareil génito-urinaire : La malade est bien réglée, les

règles durent quatre jours, pertes blanches peu abondantes dans l'intervalle des règles. Rien aux touchers rectal et vaginal. Urines normales en quantité, traces d'albumine.

La malade entre à l'hôpital pour une tumeur énorme occupant le côté droit du cou, tumeur qui commence à gêner la respiration, la déglutition, et dont le développement l'inquiète. Il y a dix-huit mois, la tumeur a débuté par une tuméfaction dans la région sus-claviculaire droite ; en même temps apparaissent des douleurs dans la région de la nuque et du gonflement à ce niveau. Puis la progression s'est faite rapidement et, depuis quelque temps, la malade ressent par moment de vives douleurs dans la nuque et la tête, surtout la nuit. Pas de syphilis. La malade aurait subi de mauvais traitements et reçu de nombreux coups dans la région du cou.

A l'inspection, on constate la présence d'une tumeur occupant toute la région droite du cou, partant en arrière des apophyses épineuses, dépassant en avant la ligne médiane et refoulant à gauche le larynx. Cette tumeur déformante oblige la malade à incliner la tête du côté opposé. Cette tumeur présente un aspect uniforme : pas de bosselures, pas de saillies ; la peau est de coloration normale en avant et en arrière ; vers la partie droite du cou on relève une teinte bleuâtre.

A la palpation, la tumeur est dure, uniformément dure, en avant et à droite adhérente à la peau et s'étendant en hauteur de la clavicule et de l'épine de l'omoplate à l'apophyse mastoïde. Il est impossible de sentir le relief du sterno-mastoïdien. La palpation est légèrement douloureuse près des apophyses épineuses en arrière ; la tumeur est un peu moins résistante à ce niveau. Dans le creux sus-claviculaire gauche, dans l'aisselle gauche, quelques petits ganglions. Nous étions donc en présence d'une tumeur ayant envahi une partie considérable du cou, tumeur présentant les caractères cliniques du lymphosarcome. La question d'une intervention des plus graves se posait dans le service, lorsque la malade se plaignit de troubles résultant de la compression du larynx et du pharynx. L'opération fut pratiquée le

28 novembre. Aussitôt la peau incisée, on découvre une tumeur présentant l'aspect d'un fibrome utérin, tumeur blanchâtre, résistante, sans capsule; impossible de trouver un plan de clivage: il faut procéder par morcellement. La tumeur saigne peu; pas trace de muscles; les carotides primitive, externe, interne, sont disséquées dans toute leur étendue; on arrive en avant sur la trachée, en arrière sur les vertèbres, en haut à la base du crâne, en bas contre la clavicule, la tumeur se prolonge dans le médiastin. Pas de jugulaires, pas de pneumogastriques; on perçoit, à un moment donné, une petite fente de un centimètre de large siégeant derrière la partie interne de la clavicule et qui est peut-être le reste de la jugulaire interne. A ce moment, des accidents graves, d'ordre nerveux, se traduisent: les pupilles se dilatent, les lèvres se décolorent, la face se cyanose; on termine rapidement. Pincées à demeure. Pansement légèrement compressif. Deux jours après, enlèvement des pinces. Le troisième jour, suture de la plaie.

La malade va très bien, mais présente du myosis du côté droit et de la rougeur de la pommette. Elle sort de l'hôpital, après guérison opératoire, le 4 janvier 1900.

Examen histologique, par M. LOEPER. — La tumeur présente le volume des deux poings environ; elle est nettement bosselée et comme formée de quatre masses hémisphériques à contours très réguliers. Elle est blanchâtre, comme nacréée. Elle ne saigne point à la coupe et son aspect peut être assez exactement comparé à celui d'un fibromyome utérin. On distingue des travées fibreuses, sinueuses, entrelacées, formant en relief un élégant réseau. En aucun point, le tissu n'est dégénéré, non plus que ramolli. Point de trace de kystes ou d'hémorrhagie intra-néoplasique. La pièce, fixée par le sublimé acétique et l'alcool, a été incluse dans le collodion et colorée par différents procédés. Sur trois coupes prises en différents points, la tumeur apparaît sans membrane d'enveloppe, se continuant directement, et sans ligne de démarcation avec les aponévroses et les muscles environnants. Le tissu est remarquablement homogène. Il est fait de fibrilles conjonctives entrelacées, semées de noyaux piriformes très allongés, se colorant

fortement par les réactifs nucléaires et présentant nettement l'aspect de cellules conjonctives. Par place, on rencontre quelques capillaires et quelques sinus veineux à paroi peu distincte. Le tissu est fort dense et les quelques vaisseaux importants que l'on y rencontre ont une lumière fort étroite et des lésions légères de périartérite ou de périphlébite. Nous n'avons, en aucun point, noté de cellules anormales, non plus que d'éléments migrants. Partout l'on retrouve la même structure, à savoir du tissu fibreux banal, sans trace de tissu sarcomateux. Au centre de la masse, nous avons trouvé quelques rares fibres musculaires à peine apparentes, vestiges des muscles englobés par la tumeur. Par aucune méthode nous n'avons pu mettre en évidence de troncs nerveux. Nous avons, d'ailleurs, en vain cherché la jugulaire interne que l'on supposait englobée par le néoplasme. Ajoutons que, traitée par la gomme iodée, nous n'avons pu déceler de grains glycogéniques, même dans les parties périphériques, partant les plus jeunes de la tumeur.

CONCLUSIONS

- I. — Le fibrome du corps thyroïde est une tumeur intéressante, en raison de son extrême rareté d'abord, ensuite de la difficulté de son diagnostic. Nous avons pu réunir cinq observations authentiques de cette variété de tumeurs thyroïdiennes, au premier rang desquelles se place le cas inédit de MM. Poncet et Delore, qui a été le point de départ de notre thèse.
- II. — En effet, la symptomatologie est analogue à celle du cancer, et la marche, d'autre part, peut en imposer pour un sarcome à marche rapide. Une étude minutieuse est nécessaire pour l'en différencier; souvent même, l'examen anatomo-pathologique, après opération, permet seul d'établir la nature de l'affection.
- III. — L'étiologie est tout aussi inconnue que celle d'autres tumeurs thyroïdiennes.
- IV. — L'anatomie pathologique, en revanche, a été fort bien étudiée; macroscopiquement, on ne saurait mieux comparer la tumeur qu'à un fibrome utérin typique; microscopiquement, elle est constituée par du tissu fibreux pur. Un caractère important est fourni par ce fait que le néoplasme est nettement encapsulé.

V. — Le seul traitement consiste dans l'extirpation totale, extirpation pratiquée soit en masse, soit par morcellement.

VI. — Le pronostic opératoire semble bénin. Sur cinq ablations, nous comptons cinq succès. Quant au pronostic final, il serait celui de l'extirpation complète de toute tumeur fibreuse, quel qu'en soit le siège, c'est-à-dire la guérison, sans récurrence.

VU :

Le Président de la Thèse,

A. PONCET.

VU :

Le Doyen,

LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 31 octobre 1902.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

G. COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

DUPLAY et RECLUS. — *Traité de chirurgie* (t. V, art. de Broca).

DELORE (Xavier). — *Province médicale*, 19 avril 1902.

DOR (Louis). — *Lyon Médical*, 27 avril 1902.

POIRIER. — *Bulletin de la Société anatomique*, 1899, p. 1104.

RICARD. — *Gazette des hôpitaux*, 1901, p. 734.

RIEDEL. — *Comptes rendus de la Société allemande de chirurgie*, 1896-1897.

TAILHEFER. — *Revue de chirurgie*, 1898, p. 224.

WÖLFLE. — *Arch. für klin. chir. von Langenbeck*, 1883, p. 799. — *Gazette des hôpitaux*, p. 806 et 1144. — *Comptes rendus des séances de la Société de chir.*, 17 juillet et 9 octobre 1901. — *Petersburg. med. Wochensch.*, t. 16, p. 345.
